

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 30

GROSSESSE ECTOPIQUE APRÈS LE 5^{ME} MOIS
INTERVENTION IMMÉDIATE ?
AU TERME ?
APRÈS LE TERME ?

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 14 Décembre 1923

PAR

Louis-Marie GUERMEUR

Né à IRVILLAC (Finistère), le 8 Mars 1899

Examineurs de la Thèse	{	MM. BEGOUIN, professeur	<i>Président.</i>
		PRINCETEAU, professeur	<i>Juges.</i>
		ANDERODIAS, agrégé	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Cursol, 8

1923

1923-1924 — N° 30

GROSSESSE ECTOPIQUE APRÈS LE 5^{me} MOIS
INTERVENTION IMMÉDIATE ?
AU TERME ?
APRÈS LE TERME ?

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 14 Décembre 1923

PAR

Louis-Marie GUERMEUR

Né à IRVILLAC (Finistère), le 8 Mars 1899



Examineurs de la Thèse

{	MM. BEGOUIN, professeur.....	} <i>Président.</i>	
	PRINCETEAU, professeur ...		
	ANDERODIAS, agrégé.....		} <i>Juges.</i>
	PAPIN, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRERES
8, Rue de Cursol, 8

1923

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale	VERGER.	Clinique ophtalmologique....	LAGRANGE.
id.	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile	DENUCE.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	et orthopédie	BEGOUIN.
id.	VILLAR.	Clinique gynécologique.....	MOUSSOUS.
Pathologie et thérapeutique	CRUCHET.	Clinique médicale des mala-	DENIGES
générales	RIVIERE.	dies des enfants	SIGALAS.
Clinique d'accouchements ..	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale	LE DANTEC.
Anatomie pathologique et mi-	PICQUE.	Physique pharmaceutique ...	W.DUBREUILH.
croscopie clinique	G. DUBREUIL.	Médecine coloniale et clin.des	GUYOT.
Anatomie	PACHON.	maladies exotiques	ABADIE.
Anatomie générale et histolo-	AUCHE.	Clinique des maladies cuta-	MOURE.
gie	N.	nées et syphilitiques	BARTHE.
Physiologie	BERGONIE.	Pathologie externe et chirur-	SELLIER
Hygiène	CHELLE.	gie opérat. et expérimentale	
Médecine légale et déontolog.	BEILLE.	Clinique des maladies nerveu-	
Physique biologique et cliniq.	DUPOUY.	ses et mentales	
d'électricité médicale	MANDOUL.	Clinique d'oto-rhino-laryngol.	
Chimie	FERRE.	Toxicologie et hygiène appli-	
Botanique et matière médicale		quée	
Pharmacie		Hydrologie thérapeutique et	
Zoologie et parasitologie		climatologie	
Médecine expérimentale			

MM. PRINCETEAU (Anatomie — LABAT (Pharmacie)
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie et embryologie....	VILLEMEN.	Médecine générale	MICHELEAU.
Histologie	LACOSTE	id.	BONNIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences na-	R. SIGALAS	Chirurgie générale	ROCHER.
turelles	N...	id.	DUVERGEY.
id.	RECHOU.	id.	PAPIN.
Physique biologique et médic.	HERVIEUX.	Obstétrique	PERY.
Chimie biolog. et médicale...	MAURIAC.	id.	FAUGERE.
Médecine générale	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIERES.
id.	DUPERIE.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.	CREYX.	Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Clinique dentaire	CAVALIE	Démonstrations et prépara-	
Médecine opératoire	N.	tions pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	PÉRY	Chimie	N.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	N.
Puériculture	ANDERODIAS.	Chimie analytique	N.
		Hygiène appliquée	N.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du			
travail, les mutilés de guerre			
et les infirmes.....			
Cours complémentaire annexe . — Prothèse et rééducation professionnelle ..			MM. ROCHER.
			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation,

A MON PÈRE — A MA MÈRE

En témoignage de reconnaissance et
d'affection.

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS DE L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE
TEMPORAIRE DE MÉDECINE NAVALE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE ET DES COLONIES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL BROCHET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DE LA MARINE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAFARGUE
CHEF DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR BÉGOUIN
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, aidé de ses précieux conseils et fait
le grand honneur d'en accepter la prési-
dence, l'hommage de notre reconnaissance
et de notre profonde admiration.

INTRODUCTION

La question du traitement de la grossesse extra-utérine après le 5^e mois, a divisé et divise encore les auteurs.

Si certains considèrent avec Werth, que la grossesse ectopique est une véritable tumeur maligne et penchent pour l'intervention chirurgicale immédiate, d'autres jugent qu'en différant l'opération jusqu'au voisinage du terme, ils pourront retirer un enfant ayant de plus grandes chances de survie.

Le grand danger de l'intervention pour grossesse extra-utérine, avec enfant vivant, ou intervention primitive, est l'hémorragie; aussi certains chirurgiens, préfèrent-ils n'intervenir que secondairement, c'est-à-dire après la mort du fœtus et le ralentissement de la circulation placentaire qui la suit en général.

Nous nous sommes efforcés de réunir le plus grand nombre possible d'observations nettes de grossesses ectopiques avancées, de façon à pouvoir juger, uniquement d'après les faits, ces trois modes d'action.

Pour simplifier cette étude, nous diviserons dans notre statistique, les interventions en trois groupes, suivant qu'elles auront été pratiquées :

- 1° *Intervention primitive immédiate* : du 5^e au 7^e mois;
- 2° *Intervention primitive retardée* : du 7^e mois au terme;
- 3° *Intervention secondaire* : après le terme, mais sans dépasser le laps de temps, variable suivant les auteurs, jugé nécessaire pour la cessation de la circulation placentaire.

Il nous a semblé utile, pour débiter, d'envisager les divers accidents qui peuvent survenir au cours de la grossesse extra-utérine avancée, d'abord du 5^e mois au terme, puis au cours de la rétention fœtale.

CHAPITRE PREMIER

Des accidents de la grossesse extra-utérine du cinquième mois au terme

Les partisans de l'opération primitive systématiquement retardée, allèguent à l'appui de leur théorie que les accidents si dramatiques qui marquent si souvent l'évolution de la grossesse extra-utérine du 1^{er} au 5^e mois, sont très rares, à partir de cette époque.

Pourquoi dans ces conditions, disent-ils, priver un enfant de la vie quand la mère n'en retirera aucun profit ? L'un des plus éminents par eux, le Professeur Pinard, écrivait : « Quand l'enfant est vivant et âgé de six mois, en intervenant de suite, c'est-à-dire en sacrifiant l'enfant, intervient-on dans des conditions plus favorables pour la mère que si l'on intervenait à l'époque de la viabilité du fœtus ? Je ne le crois pas. Je pense qu'à cette époque les dangers de l'hémorragie sont sensiblement les mêmes qu'à la fin de la grossesse, parce que le placenta, à cette époque, est en grande partie développé et c'est pour cette raison que ne faisant pas courir plus de dangers à la mère, je préfère tenter la chance de sauver l'enfant, et faire, suivant l'expression de Rein, au Congrès de Bruxelles, de la chirurgie obstétricale absolument conservatrice. »

Est-ce à dire que dans la seconde moitié de la grossesse ectopique, la femme soit à l'abri de toute complication ?

Assurément non.

A côté des accidents graves et souvent mortels de la rupture de l'œuf ou de son infection, elle est exposée à toute une série de troubles fonctionnels et organiques, inhérents à la situation anormale du kyste fœtal, et il faut remarquer de plus que les manifestations de la toxhémie gravidique sont beaucoup plus fréquentes et plus intenses que dans la grossesse normale.

RUPTURE DU KYSTE FCETAL. — Cet accident est certainement beaucoup moins fréquent que dans les premiers mois de la grossesse.

Sittener se basant sur 579 observations de gestations ectopiques après cinq mois, arrive à une moyenne de 7 % de ruptures; la moyenne de Parry, basée sur 202 cas, est de 8 %, c'est-à-dire légèrement supérieure. Mais que cette rupture soit spontanée ou due à un traumatisme externe, ses conséquences en sont toujours très graves; le Professeur Pinard, en 1892, en citait 3 cas, suivis de mort tous trois.

Le pronostic est donc excessivement sombre et nous n'en voulons pour preuve que les observations qui suivent :

OBSERV. I. — *Grossesse extra-utérine rompue à huit mois. Mort de la mère et de l'enfant.* (SANCHEZ et BASTIDAS, Quito, 1916.)

Femme de 34 ans, tripaire; dernières règles le 17 décembre 1915; au début de février 1916, douleurs abdominales; vomissement, état syncopal, la grossesse n'a pas été interrompue. Le 29 août 1916, elle entre à l'hôpital. Elle est pâle, fatiguée; pouls : 110; température : 38°6; urine albumineuse. Elle se plaint de douleurs abdominales réveillées par la palpation; la paroi abdominale est tendue. L'utérus dépasse l'ombilic de 4 travers de doigt; sensation de crépitation neigeuse dans les flancs. Position du fœtus mal définie; on ne perçoit pas les bruits du cœur; col fermé et ramolli. Diagnostic : décollement du placenta.

Le 30 août, laparatomie. On constate une grossesse ectopique

rompue au huitième mois. Le ventre est rempli de caillots et d'un liquide rose fétide. Le kyste fœtal est adhérent à la trompe droite et au cœcum. Il est extirpé facilement en même temps que l'utérus. L'enfant mort depuis peu est en voie de putréfaction. Drainage après hémostase, sérum, huile camphrée. La femme meurt de septicémie, le 15 octobre.

OBS. II. — *Grossesse abdominale rompue à huit mois; péritonite secondaire. Enfant retiré mort depuis peu. Mort de la mère.* (GHEZZI, *Arte Ostetricia*, Milano, 1903.)

Femme de 36 ans, mariée depuis 14 ans. 3 grossesses. Dernières règles : 5 au 7 janvier. En mars, douleur. A trois mois et demi, violente douleur qui dure jusqu'en août. En août on entend les bruits du cœur. En septembre, insomnie, inappétence. Anémie. Oligurie. Au milieu de septembre la malade est prise subitement d'une vive douleur. Le ventre augmente considérablement de volume; on pense à une crise d'hydramnios aigu. Vomissements continuels et douleurs subintrantes rappelant celles de l'accouchement. L'exploration est difficile; bruits du cœur non perçus quoique la malade déclare avoir senti remuer depuis peu. Au bout de deux jours, on transporte la malade à Milan. Opération décidée avec diagnostic incertain de rupture utérine.

A l'ouverture on constate la rupture d'un kyste fœtal extra-utérin. Elle siège au pôle membraneux sur une longueur de huit centimètres. La péritonite est en pleine évolution. La mère succombe pendant l'opération (27 septembre). L'enfant mort est en voie de putréfaction. Il pèse 3.250 grammes. La rupture s'était donc produite au début du faux travail et avait entraîné la mort de l'enfant et la péritonite.

OBS. III. — *Grossesse extra-utérine au voisinage du terme. Rupture du kyste. Mort de la mère.* (HAYD et POTTER, *American Journal of Obst.*, juin 1923.)

Femme de 35 ans. Au cours du 8^e mois, elle est prise brusquement pendant une promenade de violentes douleurs abdominales et tombe dans un état très grave : fièvre, pouls à 140, vomisse-

ments bruns verdâtres, distension et douleurs de l'abdomen. Arrêt des gaz. Sous l'influence du traitement (lavages de l'estomac, entérocluse à la Murphy, injection de morphine), la situation s'améliore, la circulation des gaz se rétablit. A l'examen, l'enfant est trouvé du côté gauche. Les bruits du cœur sont très distincts. Pas de souffle utérin. Au toucher vaginal, col haut placé, tout à fait dur, non ramolli. Un corps dur du volume du poing, peut être senti au-dessus du col, à droite de l'enfant. On fit le diagnostic d'obstruction intestinale au cours de grossesse compliquée de fibrome pelvien.

Le docteur Potter vit la patiente et conseilla d'attendre un peu pour intervenir.

Mais au bout de deux jours, la patiente eut une rechute et succomba sans être opérée.

L'autopsie montra qu'il s'agissait de grossesse tubaire, il y avait quelques adhérences intestinales, mais la masse put être enlevée facilement. On trouva une déchirure de deux ou trois pouces, dans la paroi tubaire; des caillots et du liquide sanglant dans le péritoine.

OBS. IV. — *Grossesse extra-utérine abdominale secondaire rompue aux environs du terme; déchirure du placenta. Hémorragie grave : laparatomie. Mort de la mère et de l'enfant.* (BONNAIRE, *Bulletin Soc. obstétr. de Paris*, 1911.)

Femme de 32 ans, secundipare. Dernières règles, septembre 1910. En décembre, pertes rosées; en janvier, douleurs violentes syncopales, rétention d'urine qui fait penser à une rétroversion de l'utérus gravide. A partir de cette date la grossesse évolue assez favorablement. Le 20 mai 1911, douleur violente et subite, température, 39°; pouls, 140; vomissements, tension douloureuse de l'abdomen. Le 22 mai, la malade entre à l'hôpital, la grossesse ectopique est reconnue. Dans le flanc gauche, tumeur avec fœtus vivant; le corps de l'utérus est à droite. Au toucher, le col de l'utérus apparaît ramolli, dévié à gauche et en haut, en continuité avec le corps utérin. Cavité utérine vide. Aggravation subite des symptômes généraux. Laparatomie le 23 mai. Nombreux caillots

dans le péritoine; le sac est adhérent à l'utérus et à l'intestin. Marsupialisation difficile par suite de la friabilité des membranes. Tentative de décollement du placenta, grosse hémorragie. Opération de Porro. La mort survient dans les 24 heures. Le fœtus retiré mort depuis peu, pèse 2.350 grammes.

L'autopsie de la mère montre que la déchirure s'est produite au pôle placentaire; plongeant dans le bassin, le péritoine pariétal a été décollé et un volumineux hématome s'est constitué dans la fosse lombaire gauche; le rein baigne au milieu du sang.

OBS. V. — *Grossesse tubo-interstitielle rompue après le huitième mois: déchirure du bord de l'utérus. Mort de la mère et de l'enfant.* (BAR, Soc. obst., Paris, 1898.)

Près du terme, la femme est prise brusquement, sans traumatisme préalable immédiat ou antérieur, d'une violente douleur accompagnée de symptômes péritonéaux avec hémorragie externe qui font penser à une rupture de l'utérus. Pas de début de travail, pas de perte d'eau, légère hémorragie vaginale. Laparotomie immédiate. On trouve la trompe droite dilatée à son extrémité interne. La déchirure intéresse la trompe et le bord de l'utérus. Caillots nombreux dans le péritoine. Hystérectomie. Mort de la mère.

OBS. VI. — *Grossesse tubo-interstitielle rompue dans le courant du septième mois. Mort de la mère.* (BAR et BUFNOIR, *l'Obstétrique*, 1903.)

Le 26 décembre 1899, une femme enceinte de 7 mois, entre à l'hôpital Saint-Antoine, présentant des douleurs intenses dans l'abdomen. Vomissements, faciès grippé, ventre douloureux, palpation impossible. La mort survient rapidement avant toute tentative d'opération.

A l'autopsie, l'on trouve un kyste fœtal constitué par la partie interstitielle de la trompe dilatée. Nombreuses adhérences périphériques. La déchirure a intéressé le placenta; nombreux caillots dans le péritoine. Le fœtus pelotonné dans le kyste pèse 1.075 grammes : mort à la suite de la rupture.

OBS. VII. — *Grossesse extra-utérine rompue aux environs du huitième mois. Laparatomie, marsupialisation et drainage. Guérison de la mère et de l'enfant.* (M^{lle} TRAVERSON, thèse Paris, 1911.)

Femme de 37 ans. Dernières règles : décembre 1915.

Le 26 juillet 1916, après six mois relativement calmes, elle est prise subitement de douleurs violentes. Puis accalmie relative. Le 2 août, les douleurs s'aggravent. Tension de la paroi. Langue sèche. Fièvre, 38°5. Anémie complète. Le 3 août, aggravation des symptômes. Laparatomie d'urgence. A l'ouverture l'on trouve le péritoine rempli de caillots, l'intestin fortement vascularisé, la séreuse dépolie. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine rompue. L'enfant est retiré vivant et péniblement ranimé. Le kyste et le placenta sont enlevés après hémostase préventive, par ligature des pédicules utérins et utéro-ovariens. Hémorragie peu importante. L'opération est terminée par hystérectomie subtotale. Drainage vaginal et abdominal. Guérison de la mère en un mois.

OBS. VIII. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au sixième mois. Rupture du kyste fœtal. Laparatomie in extremis. Mort.* (PINARD, Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine, 1892.)

Femme de 37 ans. Dernières règles : 1^{er} mai 1889.

Le 14 juin, ventre un peu sensible dans toute sa surface; facies pâle, langue légèrement saburrale, constipation, dysurie légère. Repos au lit. Injection de morphine. Amélioration rapide.

Le 20 juillet, phénomènes de péritonite durant jusqu'au commencement de septembre. Diagnostic fait par M. Pinard le 14 septembre. Le 19 octobre, on entend les bruits du cœur et on perçoit les mouvements actifs du fœtus. On cesse de les percevoir le 21 novembre. A ce moment, apparition d'une éruption ortiée. Le 29 novembre, frisson suivi d'une élévation de température (39°). Les jours suivants, la température reste élevée, l'état général s'altère rapidement et la malade entre à la clinique Baude-locque le 1^{er} décembre. Le 3 décembre, à 2 h. 30, brusquement, la malade est prise de douleurs abdominales terribles et ne cesse

plus de crier; elle prend le faciès péritonéal, les extrémités se refroidissent et le pouls est incomptable. Diagnostiquant une rupture du kyste fœtal, le Professeur Pinard pratique la laparatomie d'urgence. Il ouvre un kyste fœtal d'où il sort des gaz fétides et un liquide sanieux et infect; il retire un fœtus macéré et météorisé du sexe masculin. Mort dans la nuit.

Nous voyons donc que dans 7 cas sur 8, il y eut mort de la mère; le drame fut même si bref dans deux cas (Bar et Bufnoir, Hayd et Potter) que l'issue fatale devança l'intervention.

Au point de vue pratique, si nous nous en rapportons aux statistiques de Sittner et Parry, nous sommes tenus de conclure que l'expectative, du seul fait de la rupture du kyste, cause une léthalité maternelle de 7 %.

INFECTION DU KYSTE. — Dans trois des observations précédentes (Traverson, Sanchez, Ghezzi), nous avons vu que le kyste s'est infecté après sa rupture; mais cette infection de l'œuf peut se produire sans aucune lésion des parois. Si en effet, dans les grossesses utérines, même après mort du fœtus, sans rupture des membranes, l'œuf ne s'infecte pour ainsi dire jamais, il n'en est pas de même des grossesses extra-utérines, bien que d'après les recherches de Cornil et Couvelaire, les membranes de la grossesse ectopique se constituent comme dans la grossesse normale.

Le professeur Delbet présentait quelques cas de kystes extra-utérins non rompus infectés, à la Société de chirurgie de Paris, en 1900, mais il s'agissait de grossesses peu avancées.

L'observation qui suit a trait à une grossesse ectopique de six mois et demi avec enfant vivant :

Grossesse abdominale de six mois et demi. Suppuration du kyste fœtal. (J. VANVERTS, Société d'obstétrique et de gynécologie, Lille, 1921.)

Une secundipare de 38 ans ayant eu ses règles du 19 au 27 novembre 1919, commença à souffrir en mars et vit apparaître des

vomissements en mai. En même temps elle cessa de percevoir des mouvements actifs. Elle entre à la maternité avec le diagnostic de vomissements incoercibles. Température : 38°3. Pouls : 110-120. Aspect grippé, mauvais, langue sèche, ventre ballonné. Pas de bruits du cœur fœtal perçus. Dans l'indécision du diagnostic, on attend 24 heures. Le soir, température : 38°2; pouls : 120. Le lendemain 13 mai, la paratomie. Tout l'épiploon est adhérent à la paroi. En l'écartant on pénètre dans une cavité remplie de liquide purulent renfermant le fœtus. Celui-ci est enlevé; on constate que le fond de la poche est formé des anses intestinales. Le décollement du placenta donne lieu à une forte hémorragie. Tamponnement. Mort quelques heures après.

L'autopsie montre qu'il s'agit d'une grossesse abdominale, la poche formée par l'épiploon et les anses intestinales. Le fœtus était de six mois et demi. L'examen du kyste fœtal semble révéler une infection du kyste fœtal avant la mort de l'enfant.

De même Heineck signale que le kyste peut s'infecter par voie sanguine, par communication ou par contact avec les organes voisins. Il relate une observation d'Harris: Ce chirurgien, dans un cas de grossesse ectopique avancée, après avoir observé que la percussion donnait une matité, constata tout à coup une sonorité. Il y avait perforation de l'intestin dans le kyste et les gaz de l'intestin y pénétraient.

TROUBLES LIÉS A L'ECTOPIE DU KYSTE FŒTAL ET A LA TOXHÉMIE GRAVIDIQUE. — Les troubles liés à l'insertion vicieuse de l'œuf sont d'abord des douleurs qui obligent parfois la malade à garder continuellement le lit.

Ce sont aussi des pertes de sang que ni injections, ni repos ne sont capables de modifier; elles sont consécutives à la rupture des vaisseaux hypertrophiés de la sous-muqueuse utérine. Ces métrorragies n'ont pas le caractère des règles, elles sont intermittentes; elles en diffèrent aussi par l'abondance, par la coloration du sang, d'ordinaire plus foncé. Elles sont quelquefois accompagnées de douleurs, mais le grand danger est l'anémie grave qu'elles peuvent détermi-

ner. Cette anémie est le propre de la grossesse ectopique avancée.

On trouve (Habault) des malades au teint pâle, avec des conjonctives et des gencives décolorées; la peau prend souvent une teinte jaune, qui si l'on n'est pas averti, peut orienter le diagnostic vers la cachexie cancéreuse, d'autant plus que l'amaigrissement est en général très prononcé. Au moindre effort le pouls s'accélère et la malade s'essouffle, si bien que toute occupation devient impossible; l'auscultation du cœur révèle l'existence de souffles extra-cardiaques; à la base du cou, l'auscultation des jugulaires fait constater divers souffles anémiques. La valeur globulaire est plus diminuée que du fait d'une grosse hémorragie.

En même temps que ces douleurs et ces pertes sanguines, on trouve d'une façon presque constante des troubles de la miction et de la défécation, tantôt isolés, tantôt coexistants. Quelquefois bornés à de la pollakiurie diurne et nocturne ou à une constipation opiniâtre avec ténesme et épreintes, ces troubles se compliquent parfois; et l'on se trouve en présence de cystites, pyélonéphrites, ou encore d'occlusion intestinale.

En dehors du rectum et de la vessie, tous les organes de l'abdomen peuvent être comprimés par le kyste; Root a signalé un cas d'œdème des jambes avec albuminurie dû à la compression du rein, des veines rénales et de la veine cave.

Mais la situation anormale de l'œuf n'est pas seule en cause; son existence même peut causer des accidents très graves liés à la toxhémie gravidique, et qui ont quelquefois été cause de la mort de la mère.

Ces faits furent étudiés pour la première fois par Jacquemier en 1846.

« Lorsque la grossesse extra-utérine se prolonge jusqu'au terme ou au-delà, écrit-il, plusieurs femmes succombent sans présenter de lésions organiques appréciables. On ne trouve ni rupture du kyste, ni hémorragie, ni inflammation

du péritoine, ni travail d'élimination dans le kyste; elles meurent à la suite des troubles organiques causés par la gestation et par la présence du fœtus vivant ou mort.

» Pour expliquer plus clairement ma pensée, je ferai connaître les circonstances d'une des observations qui s'y rapportent :

» Une femme de 36 ans, enceinte pour la deuxième fois et parvenue au terme de sa grossesse, fut transportée à l'hôpital de la Maternité, le 1^{er} août 1841. La grossesse de cette femme avait été très pénible; l'abdomen était depuis les premiers mois, le siège d'une vive douleur qui s'était aggravée à mesure que la grossesse approchait de son terme; sa faiblesse et sa maigreur était extrême; la peau était très chaude, le pouls très fréquent, la face profondément altérée, l'abdomen douloureux à la pression; une diarrhée considérable et des vomissements abondants de matières vertes compliquaient cet état de choses. Enfin cette femme offrait tous les symptômes d'une inflammation péritonéale. Elle vécut encore 14 jours dans cet état. A l'autopsie l'on trouva une grossesse abdominale; le fœtus mort depuis peu, pesait 7 livres; il n'y avait pas trace d'inflammation péritonéale. »,

Nous voyons que la grossesse extra-utérine peut de diverses manières, sans drame, amener la mère à un état de cachexie tel, qu'il risque de compromettre le succès de l'intervention nécessaire.

C'est ainsi qu'Orillard, sur 61 cas de grossesse ectopique après le 6^e mois, en signale 8 qui furent marqués par des accidents graves de péritonite et de septicémie pendant la vie de l'enfant, et dans lesquels l'opération pratiquée *in extremis*, fut huit fois fatale à la mère. C'est donc une mortalité de 13 % imputable à l'altération de la santé maternelle, du seul fait de la grossesse.

Les observations qui suivent mettent bien en relief la gravité de la situation :

OBS. I. — *Grossesse ectopique reconnue et opérée vers huit mois*

et demi. Obstruction intestinale, anémie, amaigrissement. Mort de la mère. (MURATOFF, *Centr. für Gynéc.*, 1903.)

Femme âgée de 35 ans. Grossesse marquée par des douleurs et un amaigrissement progressif. Reconnue vers huit mois et demi. L'opération est pratiquée pour remédier à la gravité de l'état général (anémie, obstruction intestinale). L'enfant est retiré vivant. Extraction du sac et du placenta. Mort de la femme.

OBS. II. — *Grossesse ectopique au voisinage du terme; affaiblissement considérable de l'état général, ictère; mort de la mère et de l'enfant.* (RAFFÉRETY, *Medical Record*, 1903.)

Femme de 40 ans. Dernières règles, juillet 1900. En septembre, douleurs dans la fosse iliaque gauche. Collapsus. La crise passe et tout rentre dans l'ordre. En décembre, les mouvements actifs du fœtus sont perçus. Ténésme vésical et rectal. Constipation opiniâtre. En août, amaigrissement considérable, surexcitation nerveuse, ictère, constipation; pouls à 120. Au palper, à gauche, on sent l'enfant vivant placé transversalement. A droite, l'utérus est indépendant du kyste fœtal. Cathéterisme utérin. Aggravation de l'état général. Le 6 avril 1901, laparatomie. L'enfant est libre dans la cavité abdominale. Ascite. Gros placenta. Le placenta est inséré sur le fond de l'utérus, la trompe gauche, le cul-de-sac de Douglas. Une tentative de décollement provoque une hémorragie. Il est isolé par des compresses. Drainage. La mère succombe au bout de six jours. L'enfant meurt après treize heures et demi.

OBS. III. — *Grossesse extra-utérine à terme; état général très grave, douleur, vomissement, albuminurie, œdème. Mort de la mère et de l'enfant.* (MARTIN, *la Normandie Médicale*, 1896.)

Femme de 31 ans. Dernières règles, 20 mai 1895. Mauvais état général en août, septembre et octobre. Le mois de novembre apporte une légère amélioration. En décembre, les douleurs réapparaissent violentes. Troubles à la miction et à la défécation. Vomissements incoercibles, urines albumineuses, œdème, maigreur, faciès grippé. On fait le diagnostic de grossesse gémellaire avec un enfant mort. A ce moment, nouvel examen (Martin). Tumeur

abdominale transversale et tendue. Au toucher, masse dans le Douglas; toucher intra-utérin, cavité vide. Enfant vivant, bruit du cœur accéléré. Foyer à droite. Laparatomie immédiate.

Kyste très adhérent, les membranes sont si friables que la marsupialisation est impossible; liquide amniotique verdâtre. L'enfant est en état de mort apparente. On le ranime. Ablation du placenta. Mort de la mère trois jours après l'opération, le 3 février. Mort de l'enfant au bout de trois heures.

OBS. IV. — *Grossesse ectopique à terme; vomissements incoercibles. Mort de l'enfant; guérison de la mère.* (LAPEYRE (de Tours), Société de chirurgie, 1907.)

Femme enceinte au voisinage du terme avec vomissements continuels; état général très grave. On décide de provoquer l'accouchement prématuré, l'enfant étant considéré comme viable. Un ballon est introduit; le col dilaté; l'utérus est vide. Laparatomie. Œuf complet. Enfant retiré vivant. Tentative de décollement, hémorragie. Marsupialisation. Tamponnement.

Guérison de la mère; mort de l'enfant.

OBS. V. — *Grossesse ectopique à sept mois et demi. Rétinite albuminurique. Opération. Mort de la mère et de l'enfant.* (DIEHL, Union Médicale du Nord-Est, 1904.)

Femme, 22 ans. Dernières règles, 12 juin 1903. A partir du 7 juillet, douleurs très vives pendant trois mois. Œdème unilatéral de la jambe gauche. Vers le huitième mois, troubles visuels; rétinite exsudative plus marquée sur l'œil gauche. Albumine en très petite quantité. Tentative d'accouchement prématuré, descente de l'utérus. Laparatomie. Enfant retiré vivant. Ablation du sac et du placenta. Hystérectomie subtotale; drainage par colpotomie. Mort de la mère, le 14 mai 1904, deux jours après l'opération.

OBS. VI. — *Grossesse ectopique avec enfant vivant, douze mois après les dernières règles. Cachexie. Mort de la mère et de l'enfant.* (J.-M. BLOCH, Centr. für Gyn., 1903.)

Femme, 37 ans. Les douleurs apparaissent au cours du premier

mois de gestation et se poursuivent avec des intervalles d'accalmie. La grossesse continue pendant 12 mois. La mère est dans un état d'amaigrissement extrême. Laparatomie; enfant retiré vivant; extirpation du sac et du placenta. Mère morte de choc en huit heures. Enfant de 5.000 grammes mort au bout de deux heures.

OBS. VII. — *Grossesse ectopique à sept mois et demi. Affaiblissement considérable de l'état général. Mort de la mère et de l'enfant.* (CROUZAT et JEANNEL. *Bull. Société obstétricale de France*, 1897.)

Femme présentant un amaigrissement considérable; pâleur, anémie, insomnie. (Edème des jambes. Laparatomie d'urgence.

Kyste fœtal adhérent aux viscères. L'enfant retiré vivant, meurt au bout de quelques heures. Marsupialisation du kyste. Placenta volumineux. La mère succombe en état de cachexie au bout d'un mois.

OBS. VIII. — *Grossesse extra-utérine au voisinage du terme. Très mauvais état général de la mère. Mort de la mère.* (TUHOLSHE, *Centr. für Gynec.*, 1903.)

Femme de 39 ans. Vers le 3^e mois, douleurs syncopales, métrorragies. A quatre mois et demi, mouvements actifs du fœtus. A terme, la mère est dans un état de dépression extrême, très amaigrie. Laparatomie d'urgence. Extraction de l'enfant vivant. Marsupialisation des membranes. La mère meurt de choc au bout de huit heures. L'enfant a survécu.

OBS. IX. — *Grossesse extra-utérine à terme. Etat général grave de la mère. Laparatomie. Mort de la mère.* (MAC NUTT, *Journal of the Am. Med. Association*, 1894.)

Femme de 34 ans. Depuis le début de la grossesse, la femme fut très malade; à partir du 6^e mois, cet état empira; au 9^e mois, elle commença à délirer et on l'opéra d'urgence. On fit l'extirpation complète du sac. La mère mourut dans le délire 48 heures après l'opération.

Ces observations montrent que dans les neuf cas où l'ur-

gence de l'opération s'imposa du fait de l'usure physique de la mère, huit fois la mort de celle-ci s'en suivit.

Si nous récapitulons les 18 cas de grossesses ectopiques compliquées ou mal tolérées que nous avons signalés au cours de ce chapitre, nous voyons que la mère succomba dans 16 circonstances. La mortalité fut donc de 88,8 %, c'est-à-dire effrayante.



CHAPITRE II

Des accidents du faux travail et de la rétention fœtale.

Si nous laissons la grossesse extra-utérine évoluer, vers le moment où l'accouchement est supposé devoir se faire, quelquefois avant, parfois un peu plus tard, les douleurs du travail se déclarent et l'on assiste aux phénomènes qui caractérisent la période de dilatation d'un accouchement normal. Le col subit un commencement d'effacement; du sang s'échappe, souvent accompagné de l'expulsion d'une caduque utérine, à l'état de membrane entière ou de débris. Au bout d'un temps variable, depuis quelques heures jusqu'à deux ou trois jours et davantage, les douleurs cessent et tout rentre dans l'ordre; il s'est passé du côté de l'utérus, sous forme de faux travail, une série de phénomènes analogues à ceux du travail normal.

Immédiatement après, on constate les signes de la mort du fœtus; les bruits du cœur ne sont plus perçus, les seins durcissent et la montée laiteuse s'établit dans les premiers jours qui suivent.

A partir du moment où l'enfant a succombé, la grossesse entre dans une phase nouvelle, celle de la rétention fœtale. Le fœtus subit des modifications diverses : dégénérescence adipo-cireuse, momification, calcification, mais le plus souvent il se putréfie dans un délai plus ou moins long. Le liquide amniotique se résorbe, mais pendant les premiers mois qui suivent le faux travail, on peut assister à une aug-

mentation de la quantité de liquide qui atteint son maximum au moment de la réapparition des règles; enfin, en règle générale, le placenta s'atrophie; la circulation se ralentit et le sang se coagule dans les villosités placentaires, les vaisseaux s'oblitérent et il est probable que dans les sinus maternels qui ne sont plus à contribution, il se passe un fait analogue. Le placenta subit une dégénérescence graisseuse en quelque sorte.

Ce ralentissement de la circulation interkysto-placentaire est le principal argument qu'invoquent en faveur de leur thèse, les partisans de l'opération secondaire; le grand danger de la laparatomie primitive est l'hémorragie, quelquefois incoercible, véritable « marée montante » de sang. Ces hémorragies se produisent soit au moment de l'incision faite sur le placenta, soit pendant l'opération par blessure ou décollement de celui-ci, soit après, lors de l'élimination des restes du délivre. Le placenta est donc directement en cause, et cela parce que sa circulation est en pleine activité. Si la mort du fœtus doit la ralentir, le danger de l'hémorragie est par cela même diminué. Cette théorie fut surtout défendue vers 1880, et il est juste de dire que les faits donnaient raison à ses partisans : la statistique de Maygrier publiée en 1885, donne : 88 % de morts maternelles, pour l'opération primitive, et 35 % pour l'intervention secondaire. Aussi à cette époque, Harris s'écriait-il que « la laparatomie primitive est l'opprobre de la chirurgie abdominale », et l'on comprend la phrase de Tarnier et Budin : « S'il est avéré que la laparatomie pratiquée après la mort de l'enfant, fait courir moins de risques à la mère, il nous semble impossible de prendre ces faits en sérieuse considération. »

DANGERS DU FAUX TRAVAIL. — Avant d'examiner la valeur de ces assertions, nous ferons remarquer que par le seul fait du faux travail, la mère peut être exposée à de très graves dangers. Les observations qui suivent ont trait : à deux ruptures du kyste, à deux cas d'infection rapide de

l'œuf et à un cas d'occlusion intestinale aiguë au cours du faux travail.

Dans trois des cas, la mère succomba.

OBS. I. — *Grossesse extra-utérine à terme. Faux travail. Accident revêtant le caractère de l'occlusion intestinale aiguë. Mort de la mère et de l'enfant.* (JEANNIN, *Bull. Soc. d'obst.*, 1907.)

Femme bipare, 27 ans. Dernières règles, du 25 février au 1^{er} mars 1906. Sent remuer vers quatre mois et demi. La grossesse paraît normale et n'est marquée que par des incidents peu graves. Le 10 décembre, des douleurs apparaissent. On croit à un début de travail. La femme est envoyée à l'hôpital. On fait d'abord le diagnostic de présentation du siège. Le travail se prolonge. Douleurs abdominales violentes. Vomissement, faciès grippé, ventre météorisé, langue sèche, dyspnée, pouls, 144; vomissement, arrêt des matières et des gaz. Pas de fièvre.

Tel est l'état de la malade au bout du troisième jour.

Le Docteur Jeannin fait le diagnostic de grossesse ectopique après avoir constaté deux tumeurs abdominales et la sacuité de la cavité utérine. L'enfant, jusque-là vivant, succombe. Laparatomie. Extraction d'un enfant mort depuis peu. Adhérences multiples, placenta volumineux; marsupialisation des membranes. Mort de la mère.

OBS. II. — *Grossesse extra-utérine rompue au cours du faux travail. Hémorragie grave. Guérison de la mère.* (ELISABETH BIEBLY, *British Medical Journal*, 1898.)

Femme ayant déjà eu trois grossesses normales; elle est en travail depuis 24 heures environ. Elle présente tous les signes des grandes hémorragies internes et en plus un écoulement de sang par le vagin. Le palper permet de sentir facilement le fœtus à travers la paroi abdominale. Au toucher on arrive à saisir un pied du fœtus dans le fond du vagin. La laparatomie est décidée. Le ventre contient une grande quantité de sang frais; le fœtus à terme est mort depuis peu. L'œuf est déchiré à son pôle inférieur; la déchirure intéresse le placenta. La femme déclare ne pas avoir subi de traumatisme. Extirpation totale du kyste. Guérison.

OBS. III. — *Grossesse extra-utérine à terme. Faux travail. Rupture du sac. Mort de la mère.* (Résumé.) (H. TOMLINSON, de Plainfield, *American Journal of obst.*, 1900.)

Après quatre jours de faux travail, collapsus et mort de la mère en quelques heures. A l'autopsie l'on constata une rupture du sac ayant déterminé une forte hémorragie interne.

OBS. IV. — *Grossesse intra-ligamenteuse à terme; infection rapide de l'œuf au cours du faux travail; ouverture du kyste dans l'utérus. Mort de la mère.* (TISSIER, *Bull. Soc. obst. de France*, 1909.)

Primipare ayant présenté les symptômes d'une grossesse normale, sauf quelques douleurs vers le troisième mois. Au moment du travail, une sage-femme est appelée; le travail traîne en longueur. 27 juin, douleur subite, violente, accompagnée de choc; écoulement de sang par le vagin. On la fait transporter à l'hôpital avec le diagnostic de rupture utérine. Là on pense à un décollement prématuré du placenta. L'enfant est vivant; écoulement fœtide; température, 39°; pouls, 140. Un ballon est placé dans le col, la dilatation est achevée manuellement. Utérus vide. Opération d'urgence dans la nuit. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine intra-ligamentaire droite; liquide amniotique boueux, intestin vascularisé, péritoine dépoli. Extraction du fœtus mort depuis peu; marsupialisation. Mort rapide de la mère. A l'autopsie l'on constate que le kyste s'était ouvert dans l'utérus.

OBS. V. — *Grossesse extra-utérine à terme; faux travail; aggravation rapide de l'état général; laparatomie d'urgence. Guérison de la mère.* (FOURNIÉ, *Bull. Soc. obst. de Paris*, 1905.)

Femme présentant les symptômes d'une grossesse normale, entre en travail le 2 janvier 1905. Le travail traîne en longueur. L'abdomen devient très douloureux. Vomissements, faciès grippé; pouls à 130; température, 38°5. Perte de sang par le vagin, oligurie. Un examen pratiqué sous chloroforme, permet de reconnaître l'utérus augmenté de volume à droite, comme si la grossesse était de cinq mois; à gauche, tuméfaction de nature mal

définie. L'opération est décidée à cause de la gravité de l'état général. À l'ouverture on trouve le péritoine fortement vascularisé et dépoli. Un kyste est maçonné au milieu des anses intestinales; son enveloppe est formée en partie par des anses agglutinées, en partie par des membranes minces, transparentes et friables; le pôle inférieur placentaire adhère à la trompe gauche. Le fœtus extrait pèse 1.850 grammes. L'extirpation totale du sac est tentée et rapidement conduite. Hémorragie. Tamponnement, drainage. Guérison de la mère.

ACCIDENTS DE LA RÉTENTION. — Si presque tous les auteurs admettent que, sauf des cas exceptionnels sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure, la circulation placentaire se ralentit après la mort du fœtus, l'accord est loin d'être fait en ce qui concerne le temps nécessaire pour l'accomplissement de ce phénomène :

Le Professeur Pinard conseille d'attendre 6 à 7 semaines avant d'intervenir; Cragin, 4 semaines; Swift, 2 mois; Frankel, 2 à 3 mois; Netzel, 3 à 4 mois; Litzmann, 5 à 6 mois, et enfin Sittner, 6 mois.

D'autre part, Pinard, le premier, a fait remarquer que la tension du liquide amniotique augmentait pendant les premiers mois, pour atteindre un maximum au moment des règles; et à ce sujet, Bouilly écrit : « Il importe, pour intervenir, de ne pas attendre le retour des règles et les menaces de rupture par hyperdistension kystique dont elles sont généralement le signal. »

Doléris pense de même : « Le retour de la période menstruelle, dit-il, et le raptus congestif qui en est la conséquence, doivent être devancés par l'opérateur, non seulement pour éviter la rupture qui peut survenir inopinément à cette occasion, mais pour éviter les difficultés de l'hémotase et les dangers de l'hémostase insuffisante. »

Or nous savons que les règles qui sont absentes pendant la grossesse ectopique, reparaissent environ deux mois après la mort du fœtus.

Si donc nous opérons avant le retour à la période cataméniale, comme l'on n'est pas fixé absolument sur le temps nécessaire à la cessation de la vascularisation active du placenta, on peut, suivant l'expression de Pozzi, « être privé de tous les bénéfices d'une attente qui a exposé la femme à de nouvelles complications ».

Il est un fait certain, c'est que le placenta ne s'atrophie pas toujours.

Ainsi, si nous prenons dans la statistique des 70 laparatomies secondaires de Maygrier, seulement celles qui ont été faites à une époque éloignée de la mort du fœtus, l'on trouve encore quatre morts par hémorragie pour des cas opérés neuf semaines et demi (Boinet), quatre mois (Depaul), un mois (Wasseige), trois mois (Kirkley) de rétention.

La circulation placentaire ne s'était donc pas ralentie dans 5,7 % des cas.

Sittner cite de même, deux cas de mort par hémorragie, survenue au cours d'opérations pratiquées plusieurs semaines (Frommel) et huit semaines (Zaïs) après la mort du fœtus.

Les deux observations qui suivent prouvent la véracité de ces assertions :

OBS. I. — *Grossesse extra-utérine avec fœtus mort. Laparatomie six semaines après le faux travail. Mort de la mère.* (FAIRBAIRN, *Journal of obt. and gynec. of the British Empire*, 1906.)

Fairbairn opéra une malade ayant une tumeur qu'on pensait être un enfant mort retenu dans l'utérus. Cet organe fut exploré et trouvé vide. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva une tumeur kystique sombre qui semblait être derrière le péritoine. Les intestins ayant été relevés, le sac fut incisé; il contenait un liquide sombre; le placenta occupait sa partie inférieure, et en essayant de détacher l'un de ses bords, il se produisit une hémorragie sérieuse. Ceci devenait dangereux, et l'opérateur dut se résigner à tamponner et il sutura le sac à l'incision abdominale.

L'hémorragie se reproduisit, et de plus les symptômes de septi-

cémie s'accroissent. On enleva une autre partie du placenta, ce qui déterminait une forte hémorragie, qui emporta la malade.

Ce cas montre combien persistante est la circulation placentaire puisque une hémorragie mortelle se déclara six semaines après la mort du fœtus.

OBS. II. — *Grossesse extra-utérine avec fœtus mort. Laparatomie près de deux mois après la mort de l'enfant. Guérison.* (TATE, *Journal of obt. and gynec. of the British Empire*, 1906.)

Au cours de l'opération il se produisit une hémorragie formidable. On dut recourir au tamponnement. Grâce à des injections intra-veineuses de sérum, la femme put guérir.

Bien plus, certains auteurs et non des moindres, comme Lawson Tait, Alban Doran, Bland Sutton, pensent que le placenta continue à se développer après la mort du fœtus. Ils se fondent sur la disproportion souvent observée entre un placenta très volumineux et un fœtus paraissant beaucoup plus jeune.

C'est ainsi que Lawson Tait a trouvé dans une autopsie un placenta ayant la taille d'un placenta de 4 mois, alors que le fœtus était mort, au plus tard, à 7 semaines.

Gubb, dans sa thèse inaugurale, cite des faits analogues.

Il signale un cas de grossesse extra-utérine avec enfant vivant, opérée dans la 35^e semaine. Le placenta fut laissé en place; pendant deux semaines il conserva son caractère fluctuant et un mois après il restait encore dans les tissus du sang liquide; selon toutes les apparences, le placenta avait encore sa vitalité, et après avoir cité plusieurs cas analogues il conclut qu'il est important lors de l'opération d'effectuer l'ablation du placenta quand cela est possible afin que la femme ne reste pas exposée aux dangers d'hémorragie que pourrait entraîner le développement ultérieur du placenta.

De même encore, Lugeol, de Bordeaux, à propos d'une laparatomie pour grossesse tubaire, interrompue volontairement à 7 mois, et opérée deux mois et demi après la mort provoquée du fœtus, signale que le tissu du placenta était

absolument sain et vivant, et présentait sa constitution normale; ses lacunes étaient remplies de sang; et il pense que pendant deux mois et demi, la masse placentaire avait continué à vivre et à se développer. Ces faits sont certainement exceptionnels, mais nous avons cru bon de les signaler.

INFECTION DU KYSTE. — « L'opération secondaire, disent les classiques, si elle met plus à l'abri de l'hémorragie, expose davantage à la septicémie. »

L'œuf, en effet, s'infecte fréquemment après la mort du fœtus; étant donné le voisinage de l'intestin, on comprend que les micro-organismes qui habitent normalement le tube digestif puissent traverser sa paroi et infecter son contenu. Cette infection peut donner lieu, soit à la péritonite généralisée, soit à des phénomènes septicémiques qui influent sur l'état général de la mère et la mettent dans de bien moins bonnes conditions d'opération.

On ne doit pas non plus oublier (Pinard) que sans parler des cas de suppuration du kyste fœtal mort, le plus souvent la présence de ce kyste suffit pour altérer gravement la santé des femmes.

Parlant de trois cas de grossesses extra-utérines opérées après la mort du fœtus, le professeur ajoute : « Chez aucune de nos femmes, le kyste n'avait suppuré, le contenu liquide et le fœtus ne présentaient aucune trace apparente de putréfaction, et cependant toutes les trois présentaient un état général des plus mauvais : amaigrissement, purpura, élévation de la température, pouls fréquent. »

L'on comprend que dans ces cas l'on soit obligé d'intervenir d'urgence; Braxton Hicks et Stutter en ont donné des exemples; le Professeur Pinard est aussi de cet avis. « Il est bien entendu, dit-il, que si des symptômes faisaient craindre ou une rupture ou une transformation purulente du kyste, je n'hésiterais pas à intervenir de suite, au risque de courir les dangers de l'hémorragie, ceux-ci étant moins grands que ceux qu'on redoute. »

Les observations qui suivent corroborent les faits que nous venons de décrire; nous y avons ajouté la relation de trois cas d'ouverture spontanée de kyste avec fœtus mort, dans les organes voisins, au cours de rétentions fœtales datant de moins de deux mois :

OBS. I. — *Grossesse extra-utérine non diagnostiquée. Ouverture spontanée du kyste dans le cul-de-sac vésico-vaginal. Extraction d'un fœtus putréfié. Laparatomie. Hystérectomie abdominale. Mort.* (Thèse PAQUY, Paris, 1897.)

Femme de 32 ans, VI pare. Entre à Baudelocque le 18 septembre 1896. Dernières règles, le 20 décembre 1895. Apparition de mouvements actifs fin avril 1895. Rien d'anormal pendant la durée de la grossesse. A l'examen, on trouve une tête en bas, le dos à gauche, les bruits du cœur à gauche et au-dessous de l'ombilic. Au toucher, pas d'engagement. Bassin vicié. Col utérin déchiqueté, ramolli. Le 12 octobre, la malade entre à la salle de travail à une heure du matin. Pendant la nuit il survient quelques petites contractions qui cessent le matin. A partir de ce moment, la malade ne sent plus remuer son enfant. La température reste normale le 12. Le 13, température : 38°1. Le 14, après une injection de sérum antistreptococcique : 38°1. Le 15, montée laiteuse. Depuis ce temps, douleurs fréquentes surtout à la hauteur supérieure du ventre. Le 29 octobre, à six heures du soir, violente céphalalgie. Température : 38°2. Écoulement par la vulve d'un liquide fétide et noirâtre. Le ventre est d'une sensibilité extrême. Le 30, cet écoulement est de plus en plus fétide. En pratiquant le toucher, M. Bouffe de Saint-Blaise sent dans le vagin des membranes qui sortent par un orifice, limité en bas par quelques bourgeons du col; en haut, par une paroi qu'il est impossible de délimiter par le toucher. Il introduit dans cet orifice un ballon Champetier de moyen volume. Il ne sent aucune partie fœtale; le ventre est dur, dans un état de contraction habituelle et mesure 29 centimètres de haut.

Le ballon ne provoqua aucune contraction; il crève à minuit; on introduit le grand modèle, qui ne provoque non plus aucune contraction.

Le 31, à neuf heures du matin, le ballon est légèrement engagé dans l'orifice. Le ventre a augmenté de volume. Il est très douloureux; au voisinage de l'ombilic un peu de crépitation neigeuse.

A 10 h. 45, sous le chloroforme, on dilate l'orifice en tirant sur le ballon. Il sort. On introduit la main et au moyen de pinces à morcellement, on extrait petit à petit le fœtus.

On introduit alors la main pour pratiquer la délivrance artificielle. On constate l'existence d'une poche énorme à parois très minces, se prolongeant jusque sous les fausses côtes. On pratique immédiatement la laparatomie. Sur le péritoine, membrane de plusieurs millimètres d'épaisseur, impossible à décoller; on l'incise et on aperçoit l'utérus en arrière d'une ouverture située dans le cul-de-sac vésico-utérin et immédiatement en avant de lui. Hystérectomie après ligature des pédicules annexiels. L'utérus extrait a le volume d'une orange. Il faut donc admettre qu'il existait une grossesse abdominale et que le kyste fœtal s'est ouvert entre la vessie et le col utérin. Suture du péritoine au-dessus de l'ouverture vaginale.

L'opérée meurt le 1^{er} novembre, à 8 h. 20 du matin.

Autopsie. — Le sac est limité de toutes parts par une paroi ayant trois centimètres d'épaisseur, limitée en bas par les fosses iliaques et l'aire du détroit supérieur. En haut, cette poche est adhérente à l'intestin grêle. L'utérus a été enlevé avec ses annexes. La trompe gauche est intacte. A droite il n'existe que les deux tiers internes de la trompe. Il s'agissait ici d'une grossesse développée dans le tiers externe de la trompe.

OBS. II. — *Grossesse extra-utérine à terme. Faux travail. Mort de l'enfant. Laparatomie : un mois et demi après la mort du fœtus. Mort de la mère.* (LINDSAY, *Glasgow Medical Journal*, mai 1922.)

Femme de 31 ans ayant eu ses dernières règles le 10 juin 1919. La grossesse fut sans incidents notables. Le 31 décembre 1919, faux travail. On décide de n'intervenir que dans deux mois, pour attendre le ralentissement de la circulation placentaire. Mais vers la fin de janvier, la santé de la malade s'altère. Le 31, l'état gé-

néral est franchement mauvais, et il s'aggrave dans les premiers jours de février.

A l'examen, le 13 février, on trouve à la palpation, dans l'abdomen, une masse de la taille d'un utérus gravide arrivé au quatrième mois de la grossesse. Le cul-de-sac vaginal droit est rempli par une masse fluctuante. On l'incise et il en sort une grande quantité de pus et des débris du squelette fœtal. La malade meurt bientôt de septicémie. A l'autopsie l'on trouve un kyste fœtal suppuré, communiquant largement avec la vessie, laquelle contient quelques os. La suppuration du kyste s'était donc établie dans un délai d'un mois après la mort du fœtus.

OBS. III. — *Grossesse extra-utérine à terme avec enfant mort. Infection du kyste. Laparatomie. Mort.* (CHARLES, *Journal d'accouchements*, Liège, 1886.)

Un mois après la mort de l'enfant il y eut communication du kyste avec l'intestin et putréfaction du contenu. L'intervention est décidée; l'on extrait le fœtus, mais la femme succombe le 4^e jour avec des phénomènes de cachexie.

OBS. IV. — *Grossesse extra-utérine à terme. Laparatomie un mois et demi après la mort du fœtus. Extirpation du kyste. Guérison.* (D^r TÉMOIN, *Annales de gynécologie*, 1903.)

Femme de 35 ans. Dernières règles en novembre 1896. Faux travail en août 1897. A sa suite, la malade perd perdant quelques jours un liquide brunâtre. Les douleurs qu'elle ressentait depuis deux mois persistent et s'aggravent. Bientôt l'amaigrissement est extrême; on doit l'opérer d'urgence le 1^{er} octobre. Extirpation totale du kyste. Guérison.

OBS. V. — *Grossesse abdominale à terme. Mort du fœtus. Septicémie. Opération. Mort de la mère.* (MAC MURTRY, 20^e Congrès d'obstétrique, Indianapolis, 1899.)

L'opération fut nécessitée trois semaines après le faux travail à cause des phénomènes de septicémie. Le placenta ne présentait aucun signe d'atrophie. En essayant de le décoller il se produisit une grosse hémorragie et la malade fut exsangüe en moins d'une minute.

OBS. VI. — *Grossesse extra-utérine avec fœtus mort. Etat général grave. Laparatomie. Guérison.* (Thèse PAQUY, Paris, 1897.)

Femme entrée à la clinique Baudelocque le 15 mars 1897.

Dernières règles du 15 au 28 juillet 1896. A partir du 18 septembre apparaissent des douleurs abdominales qui obligent la malade à garder périodiquement le lit. Le 15 novembre, apparition d'un œdème des jambes, en même temps que le ventre augmente de volume à droite.

L'œdème augmente progressivement et gagne les cuisses, les organes génitaux et la partie inférieure de l'abdomen. On constate la présence d'albumine dans les urines. Le 1^{er} mars 1891, on perçoit les mouvements actifs du fœtus. Le 15 mars, la malade entre à la clinique. Etat général mauvais. Amaigrissement de la partie supérieure du corps. En dehors des endroits infiltrés, la paroi abdominale est mince. Déprimant légèrement cette paroi sur la ligne médiane, on perçoit facilement la sensation d'une couche liquide séparant la paroi abdominale de la paroi de la tumeur : il y a donc ascite. On peut déterminer la position de l'enfant. L'auscultation fait entendre nettement les bruits du cœur fœtal. Sous l'influence d'un régime, l'état général s'améliore et l'œdème disparaît. Le 23 mars, on n'entend plus les bruits du cœur et on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine avec enfant qui vient de succomber. A partir de ce moment, l'état général s'aggrave. La quantité d'albumine dans les urines varie entre 3 et 5 grammes par litre. Le 5 avril, température, 38°; langue sale. Quelques douleurs abdominales. La tumeur est très tendue. L'état général s'aggrave. La température se maintient à 38°, le pouls entre 115 et 130.

Laparatomie, le 27 avril, devant l'aggravation de l'état général. Marsupialisation. Guérison.

Si nous ajoutons à ces six observations, le fait suivant relaté par Gilchrist dans sa thèse :

« En octobre 1885, trois accoucheurs connus de Philadelphie se réunirent en consultation tous les jours pendant deux semaines, pour discuter le cas d'une dame prise de faux travail. Ne croyant pouvoir promettre au mari qu'une

opération à ce moment pourrait sauver la patiente, ils se décidèrent à attendre le moment opportun. Moins d'un mois après, tout d'un coup, quand l'état de la femme semblait s'améliorer, elle fut prise de douleurs extrêmement aiguës et mourut en 30 minutes. »

Nous voyons que sur 7 cas, on eut à déplorer 5 morts.

Au cours de ce chapitre nous avons donc rapporté 14 observations de grossesses extra-utérines avec rétention fœtale; qu'on fut intervenu d'urgence ou non, ou que l'issue fatale ait devancé le chirurgien, la mortalité fut énorme : 9 morts pour 14 cas, c'est-à-dire une proportion de 64,2 % de morts.

CHAPITRE III

Mortalité maternelle : Statistiques

Nous voulons maintenant mettre en relief la mortalité maternelle suivant l'époque à laquelle la grossesse ectopique a été interrompue.

Comme nous l'avons déjà écrit en débutant, nous avons divisé les interventions en trois catégories :

L'intervention primitive immédiate;

L'intervention primitive retardée;

L'intervention secondaire.

Mais avant d'exposer nos résultats, nous ferons remarquer que nous avons pensé avec Pozzi, qu'il était juste de faire entrer en ligne de compte dans la léthalité des opérations systématiquement retardées, soit jusqu'au terme, soit jusqu'après le faux travail, « les morts qui sont le résultat de l'expectation elle-même, les septicémies ou péritonites intercurrentes ayant rendu malheureuses des interventions qui, quelques mois plus tôt, se présentaient dans des conditions favorables ».

Or dans notre chapitre des dangers de la grossesse ectopique du 5^e mois au terme, nous avons rapporté 18 cas d'accidents uniquement imputables à l'attente, et 16 fois suivis de mort; nous ne les faisons figurer dans aucune de nos statistiques, pensant qu'il est absolument nécessaire, pour être équitable, d'ajouter à chacun des coefficients de mortalité de l'opération primitive retardée et de l'opération secondaire, le quotient uniquement dû à ces accidents et

calculé d'après l'ensemble des grossesses ayant dépassé le 7^e mois, soit avec enfant vivant, soit avec enfant mort.

Ce principe posé et ces 18 cas mis à part, nous avons étudié les résultats de 183 observations, toutes postérieures à 1890, et qui se répartissent comme il suit :

Grossesses ectopiques du 5^e au 7^e mois :

35 grossesses	{	33 guérisons.
	{	2 morts, soit 5,7 %.

Grossesses ectopiques du 7^e mois au terme :

90 grossesses	{	74 guérisons.
	{	16 morts, soit 16,5 %.

Grossesses ectopiques avec rétention fœtale :

58 grossesses	{	45 guérisons.
	{	13 morts, soit 22,7 %.

Si nous ajoutons aux chiffres des deux dernières catégories le quotient :

$$\frac{16}{90 + 58 + 18} = \frac{16}{166} = 9,6 \%$$

nous arrivons aux coefficients de mortalité suivants :

GROSSESSES ECTOPIQUES OPÉRÉES DU 5^e

 AU 7^e MOIS 5,7 %

GROSSESSES ECTOPIQUES OPÉRÉES DU 7^e

 MOIS AU TERME 26,1 %

GROSSESSES ECTOPIQUES OPÉRÉES APRÈS

 LA MORT DU FŒTUS 32,3 %

Le pronostic maternel est donc infiniment meilleur avant le 7^e mois, et cela se comprend facilement : la mère n'est pas encore épuisée par cette gestation anormale, elle est plus apte à supporter le choc opératoire ou une hémorragie éventuelle; enfin quoiqu'en disent certains auteurs, le placenta continue à se développer jusqu'au terme (Jeannin), et de plus les adhérences se multiplient, quelquefois au point

d'empêcher l'extirpation totale du kyste et du placenta, opération de choix comme on le sait, et de réduire l'opérateur à pratiquer la marsupialisation qui ne doit être qu'une intervention de nécessité à cause des gros dangers d'hémorragie secondaire et de putréfaction du placenta, auxquels la malade est exposée au cours de sa longue convalescence.

A la fin de notre modeste travail, nous avons rapporté sous forme de résumés très succincts, les observations qui ont servi de base à nos statistiques. L'on nous fera sans doute remarquer que nous n'y tenons aucun compte des dispositions anatomiques de l'œuf, qui sont pourtant l'un des facteurs les plus importants du pronostic; il est en effet évident que lorsque le placenta présente des insertions uniquement pelviennes et localisées en grande partie sur la trompe, le succès de l'intervention est presque certain, quelle que soit l'époque de celle-ci. En cas d'insertion placentaire abdominale, haute, étendue, ou encore dans le cas où le placenta placé à la partie antérieure de l'œuf est intéressé par le bistouri, le succès est bien plus aléatoire. La connaissance de ces dispositions anatomiques est donc de la dernière importance; malheureusement, les observations que nous avons pu recueillir étaient pour la plupart peu détaillées et les indications à ce sujet étaient souvent absentes ou trop vagues, pour que nous ayons pu en faire état dans nos statistiques.

PRONOSTIC FŒTAL.— L'on nous reprochera peut-être aussi, de n'avoir tenu aucun compte de la possibilité d'extraire un enfant vivant dans l'opération primitive retardée. Nous répondrons avec Reynault, « que nous pensons que la question de sauver la vie de l'enfant ne se pose qu'autant qu'elle ne soulève aucun danger pour la vie de la mère »; or nous venons d'établir que le pronostic de l'opération primitive immédiate était quatre fois meilleur que celui de l'opération retardée.

Nous nous permettrons néanmoins de rappeler les statis-

tiques des auteurs qui ont étudié la question du pronostic fœtal au cours des grossesses extra-utérines :

MAYGRIER (1886) :

Sur 17 enfants retirés vivants, 9 meurent en moins de 50 heures.

ORILLARD (1893) :

Sur 61 enfants nés par des opérations primitives, on trouve :

27 enfants vivants, dont 17 sans renseignements ultérieurs;

26 morts en moins de 48 heures;

8 morts à une époque éloignée.

SITTNER (1908) :

Sur 112 enfants retirés vivants, on trouve :

63 morts la première semaine;

33 morts la première année;

6 enfants ayant dépassé 5 ans.

BARONNET (1922) :

Sur 303 enfants, on trouve :

171 morts dans les premières heures;

67 morts la première année;

23 morts de 2 à 5 ans; ;

42 ayant dépassé 5 ans.

De plus, parmi les survivants, il y en a 30 % présentant des malformations importantes.

Le pronostic fœtal est donc bien mauvais; il faut penser de plus, que le fœtus meurt souvent avant d'avoir atteint la viabilité; aussi ne peut-on qu'être de l'avis de M. Lucas-Championnière : « Dès qu'on a la notion de grossesse extra-utérine, il faut sacrifier l'œuf et ne pas se laisser séduire par l'espoir de mener une grossesse à terme. »

PRONOSTIC MATERNEL D'APRÈS LES STATISTIQUES. — Il nous a paru utile, en terminant, de jeter un coup d'œil rétrospectif sur les nombreuses statistiques publiées jusqu'à ce jour, ayant trait à la mortalité maternelle

au cours de l'intervention pour grossesse extra-utérine avancée.

Le pronostic était autrefois franchement mauvais.

1° Pour l'opération avec enfant vivant :

La statistique de Keller (1872),	donne une mortalité de	55	%
— Parry (1876)	— —	70	%
— Puech (1879)	— —	80	%
— Litzmann (1881)	— —	90	%
— Maygrier (1886)	— —	88,3	%
— Pinard (1892)	— —	28,2	%
— Orillard (1893)	— —	46,1	%
— Harris (1897)	— —	31,3	%
— Both (1898)	— —	28,3	%
— Dunning (1899)	— —	40	%
— Sittner (1901)	— —	43	%
— Delcamp (1916)	— —	43	%
— Baronnet (1922)	— —	41	%

Faisons remarquer que Sittner qui a réuni dans sa statistique 123 cas, échelonnés de 1813 à 1901, les a divisés en quatre groupes dans le temps; il est arrivé aux conclusions suivantes :

De 1813 à 1886	la mortalité maternelle est de	83,3	%
De 1887 à 1890	— — — —	60	%
De 1891 à 1895	— — — —	22,2	%
De 1896 à 1901	— — — —	16,1	%

Enfin Baronnet et Delcamp, pour des interventions pratiquées avant le 7^e mois, ont trouvé des mortalités maternelles de 13 % et 6,6 %.

2° Pour l'opération après la mort de l'enfant :

La statistique de Keller	donne une mortalité de	24	%
— Maygrier	— —	35,7	%
— Werth	— —	37,7	%
— Dunning	— —	50	%

Avant 1885, les résultats de l'opération secondaire paraissaient donc bien meilleurs; mais il serait tout à fait illusoire

de vouloir décider la question d'après les statistiques de cette époque. L'asepsie et l'antisepsie n'existaient pour ainsi dire pas, et de plus (Lawson Tait), les opérations primitives étaient souvent, à cette époque, des curiosités chirurgicales d'un genre passablement horrible. C'est ainsi que parmi les femmes qui subirent l'opération primitive dans la liste de Parry, il y en a une chez qui l'on avait fait toute une journée des essais vigoureux d'extraction par le forceps.

L'opération secondaire donnait des résultats relativement excellents; mais l'on opérait très tard et l'on comprend que beaucoup de femmes mouraient avant d'en arriver là; autrement dit, les statistiques ne prouvaient pas qu'il était mieux l'attendre la mort pour opérer, mais montraient simplement le nombre de morts; elles ne parlaient pas du nombre de femmes détruites pendant l'attente.

Enfin, le fait important qui ressort de la comparaison de ces statistiques, est l'amélioration rapide du pronostic maternel; les résultats rapportés par Sittner consacrent bien cette évolution vers le mieux, et nous pouvons espérer qu'avec les progrès de la technique chirurgicale et une connaissance plus approfondie de l'anatomie pathologique du kyste extra-utérin, les chiffres de mortalité diminueront encore.

D'ailleurs, si nous nous en rapportons aux statistiques publiées par Delcamp, Baronnet et nous-même, il s'en suit que la mortalité de l'intervention pour grossesse ectopique entre le 5^e et le 7^e mois est actuellement sensiblement du même ordre que celle des autres opérations de la chirurgie gynécologique ou obstétricale.

Nous concluerons donc que l'intervention le plus tôt possible, une fois le diagnostic posé, est la méthode de choix, car la grossesse extra-utérine est une maladie qui n'est jamais trop tôt terminée.

ANNEXES

1° Tableau de 35 cas d'intervention primitive : (entre le 5^e et le 7^e mois)

Auteurs	Age de la Grossesse	Terminaison	Remarques
1. Schneider. Deutsche Medicine Wochenschrift. 1892.	5 m. $\frac{1}{2}$	Guérison.	Extirpation du placenta.
2. Mac. Cosh. Med and Surgery Report. Presb. Hosp. 1896.	5 m. $\frac{1}{2}$	Guérison.	Extirpation du sac.
3. Cripps. British Medical Journal, 1896.	6 m.	Mort.	Abandon du placenta et du sac. Mort de septicémie le 3 ^e jour.
4. Wilke. Centralblatt für Gyn. 1898.	7 m.	Guérison.	Abandon du placenta.
5. Zweifel. Centralblatt für Gyn. 1898.	5 m. $\frac{1}{2}$	Guérison.	Extirpation du sac et du placenta.
6. Picqué. Soc. de chir. 1896.	6 m.	Guérison.	
7. Sittener. Arch. für Gyn. 1901.	6 m. $\frac{1}{2}$	Guérison.	Extirpation du sac et du placenta.
8. J. Oliver. British Medical Journal, 1898.	5 m.	Guérison.	Extirpation du placenta.
9. Sporlin. Centr. für Gyn. 1897.	7 m.	Guérison.	Marsupialisation.
10. Boissard. Société d'obstétrique de Paris, 1899.	6 m. $\frac{1}{2}$	Guérison.	Marsupialisation.
11. Hellier. Australas. Medical Gazette, 1900.	7 m.	Guérison.	Marsupialisation.
12. Le Bec. Bulletin Société de chirurgie. Pars, 1891.	6 m.	Mort.	Incision du sac au niveau du placenta. Hémorragie formidable.
13. Le Bec. Paris Chirurgial, 1910.	5 m.	Guérison.	Extirpation de la trompe du même côté et du sac.
14. Le Bec. Paris chirurgie., 1910	5 m.	Guérison.	Extirpation du sac.
15. Psaltoff. Revue Gynécologique, 1903.	5 m. $\frac{1}{2}$	Guérison.	Hystérectomie subtotale.

16. Pryor. Central. für Gynaek., 1903. 5 m. $\frac{1}{2}$ Guérison. Extirpation du placenta et du sac.
17. Lowerfel. Centralblatt für Gynaek., 1903. 6 m. Guérison. Extirpation totale.
18. Sturmer. Obst. Society of London, 1903. 6 m. $\frac{1}{2}$ Guérison. Extirpation du kyste.
19. Winter. Central. für Gyn., 1903 6 m. $\frac{1}{2}$ Guérison. Extirpation du placenta.
20. Bazy. Bulletin de la Société de chirurgie, 1907. 5 m. Guérison. Extirpation du placenta.
21. Landau. Arch. für Gyn., 1901. 7 m. Guérison. Extirpation du placenta.
22. Jacomet. Echo Médical du Nord, 1907. 7 m. Guérison. Extirpation du placenta.
23. Treub. Société obstétricale de France, 1908. 7 m. Guérison. Extirpation du placenta.
24. Jean Tissot. La Gynécologie, 1908. 7 m. Guérison. Ablation compl. du kyste.
25. Peterson. Transactions of the Chicago Gyn. Society, 1909. 7 m. Guérison. Ablation du placenta et des annexes.
26. Channig. W. Barret. Trans. of the Chicago Gynec. Society, 1909. 6 m. Guérison. Ablation du placenta.
27. Montgomery (Philadelphie). American Gynecological Society, 1910 5 m. Guérison. Marsupialisation.
28. Pollosson et Mazet. Société des Sciences médicales de Lyon, 1911. 5 m. $\frac{1}{2}$ Guérison. Extirpation du kyste.
29. Planchu. Bulletin Soc. obstétricale de Paris, 1913. 5 m. $\frac{1}{2}$ Guérison. Extirpation totale du sac.
30. Heuzé. Bulletin de la clinique centrale de Liège, 1914. 6 m. $\frac{1}{2}$ Guérison. Marsupialisation.
31. Moure. Bulletins Société anatomique de Paris, 1919. 6 m. Guérison. Extirpation du placenta.
32. Keiffer. Société belge d'obstétrique, 1913. 5 m. Guérison. Hystérectomie subtotale.
33. Bazy. Bullet. et Méd. Société de chirurgie, 1919. 5 m. $\frac{1}{2}$ Guérison. Extirpation du placenta.
34. Charbonnel et Balard. Bull. Société obstétrique de Paris, 1920. 7 m. Guérison. Marsupialisation.
35. Rivière et Lacouture. (Thèse Baronnet, Bordeaux, 1922). 5 m. Guérison. Extirpation du sac et du placenta.

2° Tableau de 90 cas d'intervention primitive :
(entre le 7^e mois et le terme)

Auteurs	Age de la grossesse	Terminaison	Remarques
1. Taylor. Obstetrical Society of London, 1891.	à terme	Guérison.	Abandon du placenta.
2. Frommel. Munchener Med. Wochenschrift, 1892.	à terme	Guérison.	Extirpation du placenta.
3. Rochel. Société belge de gynécologie, 1892.	8 m.	Guérison.	Marsupialisation.
4. Handfield Jones. The Lancet, 1895.	à terme	Mort.	Mort de toxinhémie après l'opération.
5. Pinard. Annales de Gynécologie, 1895.	à terme	Guérison.	Marsupialisation.
6. Pinard. Annales de Gynécologie, 1899.	à terme	Guérison.	Marsupialisation.
7. Charles. Journal d'accouchement, Liège, 1897.	à terme	Guérison.	Marsupialisation.
8. Urbain. Société belge de gynécologie, 1893.	à terme	Guérison.	Ablation du placenta et du sac.
9. Johnson. Pan American Medical Congress, 1893.	8 m.	Mort.	Septicémie.
10. Johnson. Pan American Medical Congress, 1893.	à terme	Guérison.	Ablation du placenta et du sac.
11. Mordecai Price. American Lancet, 1893.	à terme	Guérison.	Ablation du placenta.
12. Marchand. (Thèse Orillard, Paris, 1894).	8 m.	Mort.	Marsupialisation. Hémorragie secondaire.
13. Rein. Centralblatt für Gyn., 1892.	à terme	Guérison.	Extirpation du kyste.
14. Cullingworth. Semaine Médicale, 1894.	à terme	Mort.	Mort due au choc opérat.
15. Gallez. Académie de médecine belge, 1897.	à terme	Guérison.	Marsupialisation.
16. Rossier. Société allemande de gynéc., 1897.	à terme	Guérison.	Extirpation du kyste.
17. Pan. American journal of obst., 1892.	à terme	Guérison.	Extirpation du kyste.
18. Taotmann. Amer. Journal of obst., 1890.	à terme	Guérison.	Extirpation du sac.

- | | | | |
|---|--------------------|-----------|--|
| 19. Olhausen. Deutsch. Med. Wochenschrift, 1890. | 8 m. | Guérison | Ablation du sac. |
| 20. Olhausen. Deutsch. Med. Wochenschrift, 1890. | 8 m. $\frac{1}{2}$ | Guérison. | Marsupialisation. |
| 21. Schauta. Traitement de la gross. extra-utérine, 1891. | à terme | Guérison | Ablation du sac. |
| 22. Gueniot. Société d'obstétrique de Paris, 1893. | 7 m. $\frac{1}{2}$ | Mort. | Péritonite suraiguë le 3 ^e jour. |
| 23. Campell. British Medical Journal, 1898. | à terme | Mort. | Hémorragie secondaire le 4 ^e jour. |
| 24. Ludwig. Wiener Klinische Wochenschrift, 1896. | à terme | Guérison. | Hystérectomie. |
| 25. Dalton. American Journ. of Gynec., 1898. | à terme | Guérison. | Abandon du placenta. |
| 26. Frost. Obstetrics., 1899. | à terme | Mort. | Hémorragie incoercible. |
| 27. Wilson. American Journal of obst., 1896. | à terme | Mort. | Hémorragie incoercible. |
| 28. Tauffert. Centralbl. für gyn., 1896. | à terme | Guérison. | Extirpation du kyste. |
| 29. Klien. Centralblatt für gyn., 1899. | à terme | Mort. | Mort dans le collapsus le 4 ^e jour. |
| 30. Menge. Centralblatt für gyn., 1900. | à terme | Guérison. | Extirpation complète du sac |
| 31. Sneguireff. Arch. für gyn., 1901. | 8 m. | Guérison. | Extirpation du placenta. |
| 32. Pinard. Fonctionnement de Baudelocque, 1904. | à terme | Guérison. | Extirpation du kyste. |
| 33. Tournay. Société belge de gynécol., 1894. | à terme | Guérison. | Ablation du placenta. |
| 34. Tissier. Bulletin Médic., 1908. | à terme | Guérison. | Hystérectomie subtotale. |
| 35. Blesh et Reed. Journal of Am. Med. Assoc., 1908. | à terme | Guérison. | Marsupialisation. |
| 36. Cragin. Amer. Journal of obst. 1900. | à terme | Guérison. | Marsupialisation. |
| 37. Ricketts. Congrès d'Indianapolis, 1899. | à terme | Guérison. | Hystérectomie. |
| 38. Potherat. Société de chirurgie, 1904. | 8 m. | Guérison. | Extirpation du kyste. |
| 39. Lapeyre. Société de chirurgie, 1906. | à terme | Guérison. | Extirpation du kyste. |
| 40. Miller. American Gynecological Society, 1910. | à terme | Guérison. | Extirpation complète du kyste. |
| 41. Laphorn Smith. American Gynecological Society, 1910. | à terme | Mort. | Marsupialisation. Hémorragie secondaire. |

42. Alexenko. Centr. für Gyn., 1903.	7 m. $\frac{1}{2}$	Guérison.	Extirpation complète du kyste.
43. Popoff. Wratsch., 1905.	à terme	Guérison.	Extirpation du placenta.
44. Calderini. Société d'obst. de Rome, 1904.	à terme	Guérison.	Extirpation du kyste.
45. Copeland Savage. Medical Record, 1911.	à terme	Guérison.	Marsupialisation.
46. Jacobs. Semaine gynécologique, 1901.	à terme	Guérison.	Abandon du placenta.
47. Bianchi. Archives de gynéc. de Naples, 1900.	8 m.	Guérison.	Abandon du placenta.
48. Braun. Centralb. für gynec., 1903.	7 m. $\frac{1}{2}$	Mort.	Marsupialisation. Hémorragie secondaire.
49. Forster. Medical Record, 1898.	à terme	Mort.	Hémorragie grave par décollement du placenta.
50. Muller. Centralb. für gynec., 1903.	à terme	Mort.	Hémorragie incoercible.
51. Werder. Americ. Journal of obst., 1908.	7 m. $\frac{1}{2}$	Mort.	Hémorragie incoercible.
52. Jurnska. Centralb. für gynec., 1898.	à terme	Guérison.	Extirpation du sac.
53. Kupferberg. Centralb. für gynec., 1903.	à terme	Guérison.	Extirpation du placenta.
54. Perles. Centralb. für gynec., 1903.	à terme	Guérison.	Extirpation du placenta.
55. Werder. Americ. Journal of obst., 1908.	à terme	Guérison.	Extirpation du placenta.
56. Werder. Americ. Journal of obst., 1908.	8 m.	Guérison.	Extirpation du kyste.
57. Sutton. Ohio Medical Journal, 1906.	à terme	Guérison.	Extirpation du placenta.
58. Harry Hufkin. Americ. Journal of obst., 1900.	à terme	Guérison.	Extirpation du placenta.
59. Bland-Sutton. British Medical Journal, 1898.	à terme	Guérison.	Extirpation du placenta et du sac.
60. Potocki. Société d'obstétrique, Paris, 1908.	à terme	Guérison.	Extirpation du kyste.
61. Potocki. Société d'obstétrique, Paris, 1908.	à terme	Guérison.	Extirpation du kyste.
62. Hornemann. Zentral für gynec., 1908.	à terme	Guérison.	Marsupialisation.
63. Dunning. American Journal of obst., 1899.	à terme	Mort.	Marsupialisation. Hémorragie secondaire.
64. Kirchner. Americ. Journal of obst., 1909.	à terme	Guérison.	Extirpation du kyste.

65. Boquel. La Gynécologie, 1910.	à terme	Guérison.	Extirpation du kyste.
66. Dranizin. Société de gynéc. de St-Petersbourg 1906.	à terme.	Guérison.	
67. Hagn. Monatsch. für gyn., 1905.	8 m.	Guérison.	
68. Greyfé. La Gynécologie, 1902.	8 m.	Guérison.	
69. Parenago. Société d'obst. de Moscou, 1914.	à terme	Guérison.	Abandon du placenta.
70. Beck. Journal of Amer. Med. Assoc., 1920.	à terme	Guérison.	
71. Moore. Surgery Gynec. and obstetrics, Chicago, 1921.	8 m.	Guérison.	Extirpation totale du kyste
72. Zarate. Semana Medica, Buenos-Ayres, 1922.	à terme	Guérison.	Extirpation complète du kyste.
73. Hicks. British Medical Journal, 1922.	à terme	Guérison.	Extirpation complète du kyste.
74. E. O. Croft. The Lancet, 1922.	à terme	Guérison.	Extirpation totale du kyste
75. Nubiola. Revue espagn. d'obstétr., Madrid, 1919.	à terme	Guérison.	Extirpation totale du sac.
76. Wren. Southern Medical Journal, 1920.	à terme	Guérison.	Hystérectomie subtotale.
77. Smith and Leeds. The Lancet, 1920.	à terme	Guérison.	Extirpation totale du sac.
78. Newell. Missouri Medic. Journal, 1920.	à terme	Guérison.	Extirpation du sac.
79. Newell. Missouri Medic. Journal, 1920.	à terme	Guérison.	Extirpation du sac.
80. Rozar. Journal of Am. Med. Assoc., 1921.	à terme	Guérison.	Extirpation du placenta.
81. Hood Well. The Lancet, 1913.	à terme	Guérison.	Marsupialisation.
82. Farrar. Americ. Journal of obst., 1919.	à terme	Guérison.	
83. Farrar. Americ. Journal of obst., 1919.	à terme	Guérison.	
84. Mate. British Medical Journal, 1918.	à terme	Mort.	Marsupialisation. Hémorragie secondaire.
85. Demelin et Devraignes. (Thèse Delcamp, Paris, 1918).	à terme	Guérison.	Extirpation du sac.
86. Mauclaire. Société de chirurgie, 1915.	à terme	Guérison.	Extirpation du placenta.
87. Bouffe de Saint-Blaise. Société d'obstétrique, 1921.	à terme	Guérison.	Extirpation du placenta.
88. Noble. American Journal of obst., 1918.	à terme	Guérison.	Extirpation du kyste.
89. Hayd et Potter. Americ. Journal of obst., 1923.	8 m.	Guérison.	Abandon du placenta.
90. Sankiewicz. Centralblatt für gynék., 1908.	8 m.	Guérison.	Marsupialisation.

N.-B. — Les termes d' « hémorragie incoercible » s'entendent uniquement de l'hémorragie survenue au cours de l'intervention.

3° Tableau de 58 cas d'intervention secondaire :

Auteurs	Age de la grossesse	Durée de la rétention	Résultats	Remarques
1. Pinard. Annales de gynécologie, 1892.	à terme	3 m.	Guérison.	Marsupialisation.
2. Rector. Americ. Journal of obstetrics, 1898.	à terme	3 m.	Mort.	
3. Paquy. Thèse Paris, 1897	à terme	1 m.	Guérison.	Marsupialisation.
4. Thèse Paquy.	à terme	1 m.	Mort.	Ouverture du kyste dans le cul-de-sac vésico-vaginal.
5. Tomlinson. Amer. Journ. of obstetrics, 1900.	à terme		Mort.	Rupture du kyste pendant le faux travail.
6. Bieblly. British Medical Journal, 1898.	à terme		Guérison.	Rupture du kyste pendant le faux travail.
7. Cragin. Amer. Journal of obstetrics, 1898.	à terme	9 jours	Guérison	Hystérectomie.
8. Cragin. Amer. Journal of obstetrics, 1900	à terme	34 jours	Guérison.	Extirpation du kyste.
9. Mac Murtry. 20 ^e Congrès d'obstr. Indianapolis.	à terme	3 sem.	Mort.	Intervention d'urgence
10. Whitney Hall. Americ. Journ. of obst., 1900.	à terme	3 m.	Guérison.	Extirpation du kyste.
11. Berlin. Société obstétricale de France, 1891.	à terme	3 m.	Mort.	Extirpation du kyste.
12. Delaunay. Bull. Société d'obstét. Paris, 1901.	6 m.	3 jours	Mort.	Intervention d'urgence
13. Deletrez. Annales Institut chirurgical de Bruxelles, 1903.	à terme	3 m.	Guérison.	
14. Routier. Bulletin de l'Académ. Médec., 1897.	à terme	2 m.	Guérison.	Extirpation du kyste.
15. Carlier et Oui. Echo Médic. du Nord, 1902.	à terme		Guérison.	Marsupialisation.
16. Jeannin. Société d'obstétrique, Paris, 1907.	à terme		Mort.	Occlusion intestinale pend. le faux travail.
17. Croizier. Société d'obstétrique, 1907.	8 m.	6 m.	Guérison.	Ablation du kyste.
18. Barnsby. Société de chirurgie, 1905.	à terme	2 m.	Guérison.	Marsupialisation.
19. Cushing. Boston Medical Journal, 1910.	à terme	1 m.	Guérison.	Extirpation du kyste.

20. Dudley. Am. Gynecological Society, 1910.	à terme	20 jours	Guérison.	Extirpation du kyste.
21. Lejars et Boissard. Société de chir., 1904	à terme	2 m.	Guérison.	Extirpation du kyste. Intervention d'urgence.
22. Bonnaire et Jeannin. Société d'obstétrique de Paris, 1906.	à terme		Mort.	Péritonite.
23. Reynolds. Boston Medical Journ. 1911.	à terme	15 jours	Guérison.	Extirpation totale du kyste.
24. Reynolds. Boston Medical Journ., 1911.	à terme	20 jours	Guérison.	Extirpation totale du kyste.
25. Grimsdale. La Gynécologie, 1911.	à terme	5 m.	Guérison.	Marsupialisation.
26. Scipiades. Zentralb. für Gynék., 1911.	à terme	1 m. $\frac{1}{2}$	Guérison.	Extirpation du kyste.
27. Weymersch. Société belge de gynéc., 1912.	à terme	qq. jours	Mort.	Opération d'urgence.
28. Hanley. New-York Medical Journ., 1907.	à terme	3 sem.	Guérison.	Extirpation du kyste.
29. Tissier. Société obstétric. de France, 1909.	à terme		Mort.	Infection au cours du faux travail.
30. Gourdet. 16 ^e Congrès de l'Ass. franç. chirurg.	à terme	3 m.	Guérison.	Ablation du kyste.
31. Demelin et Vignes. Société d'obstétrique de Paris, 1915.	à terme	3 m.	Guérison.	Hystérectomie subtotale.
32. Walther Hennes. Monats. für Gyn., 1905.	à terme	3 m.	Guérison.	Extirpation du sac.
33. Jean-Louis Faure. Société de chir., 1906.	6 m.	1 m.	Guérison.	Extirpation du kyste.
34. Jean-Louis Faure. Société de chir., 1906.	5 m.	2 m.	Guérison.	Extirpation du kyste.
35. Schwartz. Société de chirurgie, 1901.	8 m.	2 m.	Guérison.	Marsupialisation.
36. Tate. Journ. of obst. British Empire, 1906.	à terme	1 m. $\frac{1}{2}$	Guérison.	Hémorragie grave.
37. Témoin. Annales de gynécologie, 1903.	8 m.	2 m.	Guérison.	opération d'urgence.
38. Ferré (de Pau). Annales de gynécol., 1903.	à terme		Guérison.	Marsupialisation.
39. Martin. Normandie Médicale, 1910.	à terme	2 m.	Guérison.	Extirpation du placenta.

40. **Platonoff.** Journal russe d'obstétrique, 1907. à terme 2 m. Guérison. Extirpation du kyste.
41. **Chapot-Prévoist.** (Thèse Habault, Paris, 1911). à terme 1 m. Guérison. Forte hémorragie.
42. **Depaul.** (Thèse Habault, Paris, 1911). à terme qq. jours. Mort. Opération d'urgence.
43. **Johnson.** American gynec. Society, 1910. à terme 3 m. Guérison. Extirpation du kyste.
44. **Lindsay.** Glasgow Medical Journal, 1922. 7 m. 1 m. $\frac{1}{2}$ Mort. Opération d'urgence.
45. **Farrar.** American Journal of obst., 1919. à terme 2 m. Guérison. Extirpation du kyste.
46. **Rawls.** American Journal of obs., 1919. à terme 15 jours Guérison. Extirpation du kyste.
47. **Nasch.** The Lancet, 1922. à terme 15 jours Guérison. Extirpation du placenta.
48. **Newell.** Missouri Medical Journal, 1920. à terme Guérison. Extirpation du kyste.
49. **Fairbairn.** Journal of obst. of the British Empire, 1906. à terme 6 sem. Mort. Hémorragie incoercible
50. **Prat.** Société de climatologie de Nice, 1921 à terme qq. jours. Guérison. Intervention d'urgence.
51. **Bartholomew.** Journal of Am. Med. Ass., 1921. à terme 21 jours Guérison. Intervention d'urgence.
52. **Lacouture.** Thèse Baronne, Bordx, 1921. à terme qq. jours. Guérison. Extirpation du kyste.
53. **Lacouture.** Thèse Baronne, Bordx, 1921. à terme 99 jours Guérison. Hystérectomie subtotale.
54. **Villar.** Arch. prov. de chirurgie, 1894. à terme 3 m. Guérison. Marsupialisation.
55. **Lecler.** Bourgogne Médicale, 1911. à terme 2 m. Guérison. Extirpation du placenta.
56. **Lacouture et Charbonnel.** Journal de Médecine Bordeaux, 1912. à terme Guérison. Hystérectomie.
57. **Gauthier de Luxeuil.** Soc. de chirurg., 1922. à terme 5 m. Guérison.
58. **Dunning.** Amer. Journal of obst., 1899. à terme 6 sem. Guérison. Extirpation du kyste.

CONCLUSIONS

L'enfant né d'une grossesse extra-utérine mourant presque toujours précocement ou étant atteint de malformations multiples (thèse Baronnet), nous devons nous préoccuper uniquement de l'intérêt de la mère et de savoir quel est le meilleur moment pour intervenir.

A. — *Avant le terme* :

Du 5^e au 7^e mois, la mortalité est la plus faible (5,7 %).

B. — *Au terme* :

Du 7^e au 9^e mois, la mortalité devient plus élevée (21,6 %). (Risques de rupture et d'infection du kyste. Altération de l'état général nécessitant une opération d'urgence avec tous ses aléas.)

C. — *Après le terme* :

La mortalité atteint 32,3 %. (Risques du faux travail, infection et rupture du kyste.)

Le ralentissement circulatoire placentaire escompté est inconstant.

En conséquence, le meilleur temps pour l'intervention est entre le 5^e et le 7^e mois; on doit opérer dès le diagnostic fait.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

P. BÉGOUIN.

VU :

Le Doyen :

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 1^{er} décembre 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

Les noms d'auteurs figurant dans nos statistiques, ne sont pas répétés dans cet index.

- AYERS. — *Obstetrics*, 1899.
BAR. — *Bull. Soc. obst. Paris*, 1898.
BARONNET. — Thèse Bordeaux, 1922.
BÉGOUIN. — *Précis de pathologie chirurgicale*, 1921.
BOUILLY. — *La Gynécologie*, Paris, 1898.
BONNAIRE. — *Bull. Soc. obst. de Paris*, 1911.
CASTANG. — Thèse Paris, 1910.
CHARLES. — *Journal d'accouchements*, Liège, 1897.
CROUZAT et JEANNEL. . . *Bull. Soc. obst. de France*, 1897.
CRAGIN. — *American Journal of obstetrics*, 1900.
DELCAMP. — Thèse Paris, 1918.
DELAUNAY. — *Bull. Soc. obst. Paris*, 1901.
DOLERIS. — Congrès périod. de gynéc., obst. et péd., 1900.
DELBET. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 1900.
DUNNING. — *American Journal of obstetrics*, 1899.
DIEHL. — *Union médicale du Nord-Est*, 1904.
FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — *Traité de gynécologie*.
GILCHRIST. — Thèse Paris, 1890.
GUBB. — Thèse Paris, 1893.
HABAULT. — Thèse Paris, 1912.
HENNECART. — Thèse Paris, 1897.
HEINECK. — *Union médicale du Canada*, 1907.
HARRIS. — *American Journal of medical sciences*, 1888.
JACQUEMIER. — *Manuel des accouchements*, 1846.
KELLER. — Thèse Paris, 1872.
KELLY. — *Operative gynecology*, 1898.

- LAWSON TAIT. — *Traité des maladies des femmes*, 1886.
LEMERCIER. — Thèse Paris, 1911.
LEROUX. — *Progrès Médical*, 1922.
LITZMANN. — *Arch. für gynek.*, 1880.
LUGEOL. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1893.
MARTIN. — *La Normandie médicale*, 1896.
MURATOFF. — *Centralblatt für gyn.*, 1903.
MAYGRIER. — Thèse d'agrégation, 1886.
MONGIE. — Thèse Bordeaux, 1897.
Nouvelle pratique médico-chirurgicale, Masson, Paris.
ORILLARD. — Thèse Paris, 1894.
PINARD. — *Annales de gynécologie*, 1889, 1892, 1895.
PAQUY. — Thèse Paris, 1897.
PARRY. — *Extra-uterine Pregnancy*, London, 1876.
PICQUÉ. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 1897.
PUECH. — *Annales de gynécologie*, 1879.
RALLI. — Thèse Paris, 1900.
RAFFERETY. — *Medical Record*, 1903.
SEGOND. — *Revue de gynécologie*, 1898.
SITTENER. — *Arch. für gyn.*, 1897 et 1901.
TRAVERSON. — Thèse Paris, 1917.
TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'art des accouchements*.
TUHOLSHE. — *Centr. für gyn.*, 1903.
VANVERTS. — *Bull. Soc. d'obst. de Lille*, 1921.
-



Imprimerie

SAMIE FILS FRÈRES

8, Rue de Cursol, 8

BORDEAUX

